

# DECLARAÇÃO DE RENÚNCIA

As pessoas abaixo identificadas:

..... brasileiro(a), portador(a) CPF n.º .....  
..... brasileiro(a), portador(a) CPF n.º .....  
..... brasileiro(a), portador(a) CPF n.º .....  
..... brasileiro(a), portador(a) CPF n.º .....

declaram através deste instrumento particular e na presença das testemunhas abaixo que renuncia à 100% de todo e qualquer direito que porventura viessem a ter em relação a indenização oriunda da apólice do seguro n.º **638750** que era segurado(a) o(a) Sr. (a) ....., até a data de seu falecimento em -----.

Dou a presente renúncia como irretratável para nada reclamar em Juízo ou fora dele, em razão aos 100% da indenização do Seguro de Vida, autorizando desde já a ida e **SulAmérica Seguros de Pessoas e Previdência**, a fazer o pagamento ao(a) Sr. (a) .....

.....  
**ASSINATURA DO DECLARANTE**

.....  
**ASSINATURA DO DECLARANTE**

.....  
**ASSINATURA DO DECLARANTE**

.....  
**ASSINATURA DO DECLARANTE**

1ª Testemunha: .....  
RG n.º: ..... Órgão Emissor: .....  
CPF n.º .....

2ª Testemunha: .....  
RG n.º: ..... Órgão Emissor: .....  
CPF n.º .....

- **RECONHECER AS ASSINATURAS DO DECLARANTE E TESTEMUNHAS**
- **ANEXAR RG E CPF DAS TESTEMUNHAS**